

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 novembre 2012

Présidence de M. NEU

Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Monod, assesseurs

Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

D._____, à Rolle, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hoffstetter, avocat, agissant pour le compte de l'association suisse des assuré(e)s (ASSUAS), à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 4, art. 28 LAI ; art. 7 al. 1, art. 8 al. 1, art. 43 al. 1, art. 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assuré), né en 1949, marié et père de deux enfants mineurs, travaillait pour la société [...] en qualité de cuisinier. A compter du 31 août 2001, il a subi une incapacité totale de travail en raison de maladie et a perçu des indemnités de l'assurance perte de gain de son employeur, T._____ jusqu'au 10 décembre 2002. Il a été licencié avec effet au 31 octobre 2001.

Dans un rapport médical du 8 janvier 2002, destiné à l'assureur T._____, le Dr U._____, médecin-traitant de D._____, rendait compte d'un état dépressif, présent chez l'intéressé depuis 1999, qui s'était développé au décès de son fils, à l'âge de 4 mois, de mort subite du nourrisson, et pour lequel il était suivi - depuis octobre 2000 - par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il ajoutait que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé au mois d'août 2001 lorsqu'il avait appris son prochain licenciement, ce qui avait entraîné une incapacité de travail à 100% dès le 31 août 2001.

Suite au décès brutal de son psychiatre-traitant, D._____ a été pris en charge dès le 12 octobre 2001 par les médecins de l'Hôpital psychiatrique de Prangins. Il a bénéficié d'une prise en charge ambulatoire à raison d'une consultation par semaine et d'un traitement médicamenteux de Remeron à 45g/j et Dalmadorm à 7.5 mg/j. Dans leur rapport médical du 7 mai 2002, les Drs W._____ et R._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès de cet hôpital, ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif récurrent, en cours de résolution, consécutif au décès du fils et à des difficultés professionnelles. Ils estimaient que la symptomatologie présentée par l'assuré restait conséquente et ne permettait pas la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Elle se traduisait par de la fatigue, des troubles importants de la mémoire

et de la concentration, des troubles de l'endormissement, une anxiété fluctuante, ainsi qu'une vulnérabilité accrue au stress.

B. Le 30 juillet 2002, D._____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi de mesures de reclassement.

C. Dans le cadre de l'instruction du dossier par l'assureur perte de gain, une expertise psychiatrique privée a été confiée au Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au terme de son rapport du 30 décembre 2002, le Dr K._____ a nié la présence de troubles psychiques invalidants. Il relevait l'absence de symptômes d'anxiété chez l'assuré, à l'exception de préoccupations tensiogènes « normales » portant sur les conséquences de l'expertise. Il écartait par ailleurs la présence de troubles relationnels graves associés à des désordres cognitifs, émotionnels, et comportementaux présents dès l'âge adulte, compte tenu du parcours socioprofessionnel de l'expertisé. Quant à la problématique du deuil pathologique, elle n'apparaissait pas selon lui lors de l'entretien d'expertise et n'avait au demeurant pas de conséquences sur la capacité de travail de l'assuré qui avait continué de travailler après le décès de son fils.

Suite aux conclusions de l'expert K._____, l'assureur T._____ a nié le droit de D._____ aux prestations de l'assurance perte de gain en cas de maladie à compter du 12 décembre 2002.

D. Dans un rapport du 29 janvier 2003 à l'intention de l'Office AI, les Drs W._____ et R._____ ont posé le diagnostic de réaction dépressive prolongée consécutive au décès d'un enfant et à des difficultés professionnelles. Ils attestaient une incapacité de travail, à 100% du 31 août 2001 au 30 juin 2002, à 50% du 1^{er} juillet au 25 août 2002, à 100% du 26 août au 31 décembre 2002, à 80% du 1^{er} janvier au 28 février 2003. Ils expliquaient que l'assuré avait subi en 1984 un état dépressif réactionnel à la séparation d'avec son ex-épouse. Le 14 octobre 1999, son fils cadet était décédé de mort subite du nouveau-né, à l'âge de quatre

mois. Pendant deux jours, l'assuré était alors entré dans une phase de déni, puis avait fini par consulter, au mois d'octobre 2000, le Dr [...] en raison d'une symptomatologie dépressive. Ce psychiatre lui avait alors prescrit un traitement de Remeron. Suite à la rupture du lien thérapeutique en raison du décès du Dr [...] et de l'annonce de son prochain licenciement le 31 août 2001, l'état dépressif de l'assuré s'était aggravé et avait nécessité la consultation de la Polyclinique psychiatrique de Nyon. La prise en charge avait consisté en la poursuite puis l'augmentation du Remeron, associé à une thérapie de soutien intensive. L'évolution avait été lentement favorable et, en juillet 2002, le patient avait retrouvé une capacité de travail à 50%. Néanmoins, en raison de difficultés financières, il avait été victime d'une rechute dépressive nécessitant l'intensification de la prise en charge et occasionnant une incapacité de travail totale. Les Drs W. _____ et R. _____ notaient que l'évolution semblait à nouveau lentement favorable et que l'intéressé présentait une capacité de travail de 20% depuis janvier 2003.

Dans un rapport médical du 10 mars 2003, les Drs W. _____ et R. _____ estimaient que malgré la lente amélioration de l'état dépressif, il existait un risque de persistance de déficit résiduel, voire de chronicisation de la pathologie. L'assuré présentait toujours des symptômes de la lignée dépressive avec des troubles mnésiques et de la concentration, des troubles de l'endormissement, une fatigue et un syndrome somatique avec des douleurs des membres inférieurs. Il présentait par ailleurs une extrême vulnérabilité aux facteurs de stress et réagissait fortement aux éléments stressants avec une labilité de l'humeur et de fréquentes somatisations. Cette vulnérabilité était partiellement contrôlée par des défenses obsessionnelles fragiles associées à une irritabilité à l'origine de tensions conjugales et familiales, ainsi qu'à une anxiété démesurée quant à la santé de ses enfants.

Dans un rapport du 17 septembre 2003, les médecins de l'Hôpital psychiatrique de Prangins ont relevé l'absence d'amélioration significative de l'état de santé psychique de leur patient. Ils attestaient

une incapacité de travail de longue durée de 50% à compter du 1^{er} mars 2003.

Le 26 janvier 2004, D._____ a subi un examen neuropsychologique auprès de l'Ensemble hospitalier de la Côte, effectué par la psychologue B._____. Cette spécialiste en neuropsychologie constatait au premier plan des troubles attentionnels qui donnaient lieu à des erreurs. L'assuré présentait également une diminution de l'incitation, une flexibilité mentale réduite, et les opérations mentales étaient laborieuses. Le test de mémoire verbale était effectué au prix d'une concentration importante mais le focus attentionnel se relâchait rapidement lors d'épreuves qui n'étaient pas explicitement « mémoire ». Elle concluait que l'efficacité intellectuelle de l'assuré n'était actuellement pas compatible avec une activité professionnelle correspondant à ses qualifications et parcours antérieur.

Le 6 février 2004, la Dresse P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assuré depuis octobre 2003, a informé l'Office AI de l'aggravation de l'état de santé de son patient.

Dans son rapport médical du 25 mai 2004, cette psychiatre rendait compte d'une symptomatologie dépressive aiguë se caractérisant par une thymie triste, une réduction de l'énergie, une fatigabilité accrue, une aboulie, une anhédonie, une diminution de l'estime de soi. L'assuré présentait des sentiments de culpabilité par rapport à sa situation vis-à-vis de son épouse et de ses enfants avec ruminations intenses et continues, des troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que des troubles persistants du sommeil (réveils nocturnes fréquents [4-5 fois par nuit] avec contrôle des enfants). Elle notait une anxiété massive, une irritabilité, des pleurs fréquents, un ralentissement psychomoteur particulièrement marqué le matin, une hypersensibilité émotionnelle, ainsi que des idéations suicidaires fugaces mais fréquentes. Elle relevait les antécédents dépressifs familiaux et personnels de l'assuré, avec un épisode dépressif sévère de 1983 à 1984 avec idéations suicidaires suite à

la rupture d'avec sa précédente épouse. Elle expliquait que son patient n'avait pas fait le deuil de sa rupture avec sa fille aînée en raison de son remariage, ainsi que du décès de son fils en 1999. A cela s'ajoutait au début de l'année 2004, la maladie de son frère qui l'avait fragilisé d'autant plus. Elle évoquait l'existence d'une crise conjugale sévère générée par l'état dépressif de l'intéressé et les problèmes financiers du couple. Elle relevait que depuis 1999, l'évolution était marquée par de brèves améliorations, modérées dans leur intensité, qui avaient permis une récupération partielle de la capacité de travail, mais constatait que dans le contexte actuel de difficultés conjugales, de changement de thérapeute (en raison du départ du Dr R. _____ de l'Hôpital psychiatrique de Prangins), de préoccupations face à la santé du frère, les troubles psychiatriques de l'assuré s'étaient aggravés. Elle estimait dès lors qu'une rente d'invalidité à 100% était justifiée. Des mesures de reclassement n'étaient pas envisageables compte tenu de la symptomatologie dépressive sévère et de ses conséquences neuropsychologiques. L'assuré n'était pas en état d'effectuer ni de maintenir une activité d'apprentissage, tout juste pouvait-il faire face à la gestion du quotidien. Elle ajoutait qu'une surstimulation aurait été un facteur d'aggravation de son état de santé psychique.

Dans son rapport médical du 8 mars 2005, la Dresse P. _____ a fait état d'une nouvelle aggravation de l'état de santé de son patient à l'automne 2004 qui avait nécessité son hospitalisation en raison de vomissements incoercibles d'origine psychologique suite au décès de son frère. Il avait alors développé d'importants troubles du sommeil qui ne répondaient plus au traitement hypnotique habituel (Stilnox), ainsi que des idées suicidaires. Elle notait que son état de santé s'était amélioré à partir de janvier 2005 sous traitement de Zolfot avec l'arrêt des idées suicidaires. Le sommeil restait toutefois perturbé avec réveils nocturnes et précoces. Elle attestait toujours une incapacité de travail à 100% compte tenu de la fragilité de l'état de santé psychique de l'assuré. Son pronostic était extrêmement réservé à moyen et long terme en raison de l'absence d'amélioration significative et stable des troubles psychiatriques depuis plus de deux ans. Elle rendait compte d'un état dépressif résistant dont

l'évolution était préoccupante avec une aggravation du retrait social. Face à la gravité des troubles psychiatriques, leur chronicité malgré un traitement spécifique adéquat et le pronostic réservé, l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% était selon cette psychiatre pleinement justifié.

E. Par avis médical du 7 juin 2005, le Dr H. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé nécessaire de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du Dr K. _____, vu la présence des avis médicaux contradictoires entre cet expert d'une part, et la Dresse P. _____ d'autre part.

L'assuré a requis la récusation du Dr K. _____ en qualité d'expert pour des motifs personnels.

Le 15 juin 2005, la Dresse P. _____ s'est également opposée à la nomination du Dr K. _____ en qualité d'expert. Dans une correspondance du 24 juin 2005 à l'intention de l'Office AI, elle a expliqué que son patient s'était senti maltraité par le Dr K. _____ lors de l'expertise du mois de décembre 2002. Pour sa part, elle a évoqué l'existence d'un conflit professionnel avec ce médecin et estimé que dans ces conditions, la neutralité de l'expertise effectuée par ce psychiatre ne pouvait pas être garantie.

F. Par décision du 11 août 2005, l'Office AI a rejeté la demande de l'assuré au motif qu'il n'existait aucun motif objectif de récuser l'expert K. _____. Cette décision indiquait la voie de recours au Tribunal des assurances sociales du canton de Vaud (actuellement la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal).

Par jugement du 15 décembre 2005, le recours de D. _____ devant le Tribunal des assurances sociales à l'encontre cette décision a été admis et la décision de l'Office AI réformée en ce sens que l'expert K. _____ a été récusé (jugement AI 171/05 - 4/2006).

L'Office AI a recouru devant le Tribunal fédéral à l'encontre de ce jugement. Par arrêt I 127/08 du 6 février 2007, celui-ci a admis le recours et annulé le jugement précité, considérant que les motifs personnels que faisait valoir l'assuré, à savoir la prévention de l'expert, ne mettaient pas en cause l'impartialité de ce dernier. Ces motifs devaient par conséquent être examinés avec la décision au fond dans le cadre de l'appréciation des preuves et n'auraient pas dû faire l'objet d'une décision incidente susceptible d'un recours immédiat auprès du Tribunal des assurances.

G. Suite à cet arrêt, l'Office AI a mandaté le Dr K. _____ pour un complément d'expertise.

L'assuré s'est présenté le 19 juin 2007 mais n'a pas été en mesure de subir l'examen.

Le 17 octobre 2007, le Dr K. _____ a rendu son rapport d'expertise aux termes duquel il a nié la présence d'une maladie psychiatrique invalidante.

H. Le 11 juillet 2008, la Dresse P. _____ a adressé à l'Office AI un rapport médical dans lequel elle a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de troubles de la personnalité anankastique et anxieuse (F 60.5 et F 60.6), de troubles de l'apnée et de fibromyalgie diagnostiqués en 2007. Elle expliquait que malgré la médication antidépressive associant deux antidépresseurs (Setraline et Trittico), D. _____ présentait toujours des troubles cognitifs (troubles de la concentration et de la mémoire) invalidants dans sa vie quotidienne. Ceux-ci étaient aggravés par un trouble de l'apnée du sommeil diagnostiqué en 2007. En outre, il avait développé, en parallèle à une chondrocalcinose, une fibromyalgie qui constituait un élément de résistance supplémentaire au trouble dépressif existant.

Elle livrait l'appréciation médicale suivante:

"L'évolution est marquée par la persistance de nombreux symptômes anxieux et dépressifs sous double thérapie antidépressive, malgré la compliance médicamenteuse confirmée par le dosage plasmatique.

Monsieur D. _____ a présenté un effondrement psychique au décès de son fils: il a été confronté brutalement à une situation irrémédiable sur laquelle il n'avait pas le contrôle. Ce drame a bouleversé tout ce qui le structurait ; cet homme s'est "cassé" au décès de son fils. Il faut relever que le patient a présenté un état dissociatif durant 48h après l'annonce du décès de son fils avec déni de l'évènement, perte de contact avec la réalité suivi d'une amnésie de cette période. Encore, à ce jour, il ne peut accepter le "départ de son fils" et que la vie puisse continuer sans lui. Il n'a pu se maintenir en vie que pour sa femme et ses deux autres enfants à qui il consacre l'énergie qui lui reste. Il a besoin de se rassurer en permanence ce qui le conduit à contrôler une à deux fois, toutes les nuits l'état de santé de ses enfants. Il faut aussi noter qu'il a été confronté en 2004 au deuil d'un de ses frères dont il était très proche et qu'il a gravement décompensé lors de ce décès avec troubles digestifs aigus qui ont nécessité une hospitalisation en milieu somatique pour vomissements incoercibles, d'origine mixte (gastrite et psychogène) ; cet état somatique s'est accompagné d'une aggravation de l'intensité de l'épisode dépressif (intensité sévère avec idées suicidaires). Le soutien de l'épouse et d'amis a permis d'éviter une hospitalisation en milieu psychiatrique.

L'assuré présente une image négative de lui-même, exacerbant l'anxiété sociale. Le trouble dépressif associé à une anxiété importante, s'est progressivement chronifié, malgré les traitements antidépresseurs, aggravés par la précarisation de sa situation sociale.

Un risque de raptus suicidaire ne peut être totalement éliminé en cas de surstimulation, en raison de l'intense fragilité psychique du patient.

L'objectif médical est de maintenir l'état psychique actuel qui permet à l'assuré de gérer une partie du quotidien et de se sentir utile auprès de ses enfants, malgré ses difficultés à assumer de nombreuses obligations, dont administratives. Toute exigence supérieure mettrait en échec le patient ce qui serait un facteur d'aggravation de ses troubles psychiatriques.

En conclusion, l'état psychologique actuel de l'assuré est précaire. L'incapacité de travail est totale. Au vu de l'ancienneté et l'intensité des troubles psychiatriques présentés par Monsieur D. _____, le pronostic est négatif à long terme quant à l'évolution de sa capacité de travail.

Aucune récupération de [la] capacité de travail ne peut être envisagée, chez cet homme souffrant depuis plus de 8 ans d'un trouble dépressif, à ce jour d'intensité moyenne en l'absence de stimulation sortant du quotidien (aggravation pour des stress minimales). De plus le trouble de personnalité, associé à la fibromyalgie qui s'est installée ces dernières années, et au trouble de l'apnée du sommeil, est [un] facteur de résistance du trouble dépressif.

Une réadaptation professionnelle n'est pas envisageable à ce jour en raison de l'intensité des troubles psychiatriques.

Par conséquent, à ce jour, une rente à 100% est justifiée."

I. Par avis médical du 8 août 2008, le SMR a estimé nécessaire de procéder à un complément d'expertise vu l'importance des contradictions entre les avis médicaux de la Dresse P._____ et du Dr K._____.

Cette expertise a été confiée au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au terme de son examen clinique du 27 avril 2009, l'expert a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'autres troubles anxieux mixtes (F 41.3), d'accentuation de quelques traits de la personnalité (Z 73.1), de facteurs psychologiques et comportementaux, associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F 54). Dans l'anamnèse de son rapport du 27 avril 2009, il relevait l'absence de signes psychopathologiques dans le parcours personnel et familial de l'assuré et remettait en question l'hypothèse selon laquelle il aurait souffert d'un deuil pathologique suite au décès brutal de son fils en 1999. Il relevait l'absence de données médicales pour la période de 1999 à 2001, durant laquelle l'assuré n'avait semble-t-il pas eu de suivi psychiatrique. Il estimait par ailleurs que le licenciement intervenu en 2001 était à mettre sur le compte de l'incompatibilité d'humeur entre l'intéressé et son employeur plutôt qu'en relation avec le drame survenu deux ans plus tôt. Ce licenciement avait également amené l'expertisé à réorienter son parcours professionnel pour se consacrer exclusivement à l'éducation de ses enfants, relevant la stabilité du couple qui avait pu reprendre une vie de famille et donner naissance à un autre enfant après le décès du deuxième fils.

Sur le plan psychiatrique, le Dr N._____ retenait que l'assuré était suivi en 2001 par le Dr [...] en raison de perturbations psychologiques causées par son licenciement mais qu'au mois de mai 2002, les médecins de l'Hôpital psychiatrique de Prangins avaient indiqué que les troubles présentés par l'assuré étaient en cours de résolution. L'évolution du cas était ensuite marquée par la conflictualité entre le nouveau psychiatre-traitant et l'expert K._____, l'assuré ayant cherché appui auprès de la Dresse P._____ dès le moment où l'expert K._____ avait conclu à l'absence d'atteinte sur le plan psychiatrique. En ce qui concernait spécifiquement le trouble dépressif récurrent, l'expert N._____ indiquait n'avoir observé aucun des critères diagnostiques essentiels pour retenir la présence d'un tel trouble. En particulier, l'assuré ne montrait pas d'abaissement de l'humeur (tristesse) inhabituel, à un degré nettement anormal, toute la journée, presque tous les jours, dans une large mesure sans influence circonstancielle, ni de diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités auparavant agréables, ni de perte d'énergie, de grande fatigabilité, de diminution nette des activités habituelles. Par ailleurs, l'expert N._____ remettait en question l'appréciation médicale de la Dresse P._____, estimant qu'elle mélangeait ses observations cliniques et celles venant de l'assuré, que son argumentation était de type psychosociale et contenait des raccourcis d'interprétation. Il retenait en revanche que la description clinique qui était faite par le Dr K._____, bien que très sommaire, n'évoquait pas un tableau dépressif marqué et qu'elle rejoignait la sienne propre (voir le rapport d'expertise du Dr N._____ du 27 avril 2009).

Par avis médical du 7 mai 2009, le médecin du SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert N._____. Il indiquait toutefois qu'un complément d'instruction sur le plan somatique était nécessaire

Dans un rapport médical du 24 juillet 2009, le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de polyarthrose touchant l'épaule droite (conflit sous-acromial), de cervicalgies secondaires à une discopathie C6-C7, de gonarthrose bilatérale et chondrocalcinose, de

gonalgies mécaniques (status post arthroscopie du genou droit) existant depuis 2007, de névrite du coude droit (status post décompression du nerf cubital) existant depuis 2008, ainsi que de syndrome du tunnel carpien bilatéral (cure du tunnel carpien droit) existant depuis décembre 2008. Ces atteintes limitaient la capacité de travail de 30% sur le plan strictement ostéo-articulaire, et de 50% environ en tenant compte du syndrome douloureux. Ce spécialiste retenait les limitations fonctionnelles suivantes : des douleurs mécaniques surtout au genou droit, des douleurs des cervicales ainsi que de l'épaule gauche limitant la capacité de travail lors de crises douloureuses. Les activités nécessitant un travail lourd et répétitif, les charges de plus de 5 à 10 kg, ainsi que l'impossibilité de changer fréquemment de positions étaient contre-indiquées. Il précisait toutefois que compte tenu de l'atteinte à la santé psychique et du syndrome douloureux, la capacité de travail de l'assuré était nulle.

Par avis médicaux des 20 novembre 2009 et 2 février 2010, le médecin du SMR a retenu que, sur le plan somatique, l'assuré était en mesure d'exercer son activité habituelle de cuisinier à 70% à compter du mois de mai 2007, et sur le plan psychiatrique à 100% depuis toujours.

Dans un courrier du 10 mai 2010, la Dresse P._____ a contesté de manière détaillée les conclusions et la motivation médicales du rapport d'expertise du Dr N._____ du 27 avril 2009. Elle a indiqué que le suivi psychiatrique avait débuté en octobre 2000, et non en 2001, comme retenu par le Dr N._____, auprès du Dr [...] qui avait alors diagnostiqué un état dépressif et prescrit un antidépresseur à l'assuré. Le suivi s'était interrompu le 22 août 2001 en raison du décès brutal du thérapeute et alors que l'assuré nécessitait de l'aide suite à l'annonce de son licenciement. Son médecin-traitant avait assuré en urgence la prise en charge psychiatrique pendant quelques semaines avant de l'adresser au Dr R._____, médecin assistant auprès de l'Hôpital psychiatrique de Prangins, qui avait alors diagnostiqué un trouble dépressif d'intensité moyenne, et non un trouble de l'adaptation comme mentionné par le Dr N._____. En 2002, le Dr R._____ avait noté des fluctuations modérées de l'état de santé de l'intéressé mais avait maintenu le diagnostic d'état

dépressif récurrent. Ce trouble était toujours responsable d'une incapacité de travail durable. La Dresse P. _____ contestait par ailleurs l'analyse du dossier faite par le Dr N. _____ sous l'angle de l'enchaînement de conflictualité. Elle précisait qu'en décembre 2002, lorsque l'assuré avait été expertisé par le Dr K. _____ pour la première fois, il n'existait pas, contrairement à ce qu'indiquait le Dr N. _____, de conflit. Son patient était alors suivi par le Dr R. _____ qu'il appréciait. Le fait qu'en mars 2003, celui-ci avait retenu une capacité de travail de 50% n'avait pas non plus entraîné d'opposition avec l'assuré ; seul le départ du Dr R. _____ de l'Hôpital psychiatrique de Prangins avait motivé le changement de thérapeute. Quant au conflit qui l'avait elle-même opposée au Dr K. _____, elle relevait qu'il n'existait pas en 2002 et avait été résolu en octobre 2006 lorsque l'assuré avait revu l'expert. Au demeurant ce conflit ne concernait pas la relation expert/médecin-traitant mais avait été annoncé par souci de ne pas pénaliser l'assuré. S'agissant de la conclusion du Dr N. _____ selon laquelle l'expertisé ne présentait pas les critères diagnostiques du trouble dépressif (selon la CIM-10), elle reprochait au Dr N. _____ d'avoir relevé un certain nombre de symptômes dépressifs et anxieux mais de les avoir rejeté lors de sa réflexion diagnostique. Cette psychiatre maintenait que les symptômes présentés par l'assuré confirmaient la persistance d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, malgré une amélioration partielle du quotidien vers 2007/2008, après des années d'effondrements sévères. Les troubles anxieux mixtes restaient selon elle invalidants. Le trouble panique actuellement présent, les éléments de stress post-traumatiques, ainsi que la comorbidité anxieuse étaient des facteurs aggravants du trouble dépressif. Ces éléments expliquaient que, malgré l'amélioration partielle de l'état de santé de l'assuré, sa capacité de travail était nulle depuis le début de sa prise en charge en octobre 2003.

Par avis du 29 juin 2010, le médecin du SMR a admis une incapacité de travail à 100% sur le plan psychiatrique pour la période du 31 août 2001 au 11 décembre 2002, date de l'expertise du Dr K. _____. Il a indiqué qu'il n'était pas utile de se déterminer sur le contenu du courrier de la Dresse P. _____.

J. Le Dr N._____ s'est pour sa part déterminé le 3 septembre 2010. Il a estimé en substance que la divergence d'appréciation médicale avec la Dresse P._____ pouvait s'expliquer par le lien thérapeutique qui liait la psychiatre à son patient, laquelle faisait preuve selon lui d'une « étonnante » proximité de compréhension avec le vécu de son patient.

Se fondant sur les avis médicaux du SMR et le rapport d'expertise du Dr N._____, l'Office AI a adressé à l'assuré un projet de décision daté du 11 novembre 2010 prévoyant de lui octroyer une rente limitée dans le temps.

L'assuré s'est opposé à ce projet et a produit un certificat médical daté du 16 décembre 2010 de sa psychiatre-traitant qui rendait compte d'une aggravation de son état de santé psychique dans un contexte de conflit de couple.

K. Par décision du 1^{er} mars 2011, l'Office AI a octroyé à D._____ une rente d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2002 au 31 mars 2003 en raison d'une atteinte à sa santé psychique. Il a nié le droit de l'assuré à une rente au-delà de cette date au motif qu'il ne présentait plus d'invalidité sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, il présentait un degré d'invalidité inférieur à 40%, n'ouvrant dès lors pas le droit à une rente.

L. Par acte du 28 mars 2011, D._____, représenté par l'avocat Gilles-Antoine Hoffstetter, agissant pour le compte de l'association suisse des assuré(e)s (ASSUAS), recourt contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du canton de Vaud. Il conclut à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée à compter du 1^{er} septembre 2002. A l'appui de son recours, il fait valoir qu'il souffre d'une atteinte à sa santé psychique attestée par l'ensemble de ses psychiatres et médecins-traitants. Il reproche dès lors à l'Office AI de s'être fondé exclusivement sur le rapport d'expertise du Dr N._____ dont il conteste la validité. Il estime en tous

les cas que les avis contradictoires entre les Dr N._____ et K._____ d'une part, et ses psychiatres-traitants d'autre part, justifient la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il requiert par ailleurs des mesures d'instruction portant sur le nombre exact de mandats d'expertise confiés au Dr N._____ durant les cinq dernière années et leur coût total en terme d'honoraires afin de s'assurer de l'indépendance de cet expert vis-à-vis de cet organisme.

Dans sa réponse du 24 mai 2011, l'Office AI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il estime en substance que l'avis médical de l'expert N._____ l'emporte sur celui de la psychiatre-traitant, laquelle ne ferait pas état d'élément médical objectif pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert. L'Office AI refuse également de communiquer les informations requises par le recourant au sujet des mandats confiés audit psychiatre.

Le recourant s'est déterminé le 15 juin 2011 sur la réponse de l'Office AI. Il conteste l'argument selon lequel l'appréciation médicale de la Dresse P._____ aurait une valeur probante affaiblie en raison de la durée du mandat thérapeutique. Il soutient que l'appréciation de cette spécialiste en psychiatrie est étayée par des éléments médicaux objectifs et respecte les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. Il maintient également sa requête de production par l'Office AI des informations sur le nombre de mandats confiés au Dr N._____.

Le recourant a encore produit un rapport médical du Dr C._____ du 28 mars 2011 qui atteste une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée en raison de problèmes ostéo-articulaire, rhumatologique et orthopédique.

L'Office AI s'est exprimé le 24 juin 2011 sur la détermination du recourant.

M. Le 26 octobre 2011, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été confiée à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après : la PMU). Elle a été réalisée par les Drs J._____, spécialiste en médecine interne, X._____, spécialiste en rhumatologie, et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au terme de leurs examens cliniques, ces experts ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), d'anxiété généralisée avec pics paroxystiques (F 41.1), ainsi que de gonarthrose gauche prédominant au niveau du compartiment interne (M 17.1). Ils considèrent que ces atteintes limitent entièrement la capacité de travail de l'expertisé quelle que soit l'activité envisagée depuis octobre 2001 (cf. rapport d'expertise judiciaire du 24 avril 2012).

Sur le plan rhumatologique, les experts judiciaires retiennent des limitations fonctionnelles en lien avec la gonarthrose gauche, à savoir toutes les activités physiques lourdes nécessitant la majeure partie du temps des déplacements à pied ou en terrain irrégulier. Sont également contre-indiquées, la montée ou la descente des escaliers ou d'échelles, les positions statiques prolongées de plus d'une heure d'affilée sans possibilité de varier la position, les positions accroupie et à genoux.

Sur le plan pulmonaire, ils estiment que le syndrome sévère des apnées obstructives du sommeil, traité efficacement par ventilation auto-asservie, n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Il en va de même pour la surdité bilatérale qui est également appareillée.

Sur le plan neuropsychologique, ils relèvent l'absence d'atteinte cérébrale organique et estiment que les troubles constatés dans la sphère exécutive et attentionnelle sont à mettre en relation avec l'atteinte à la santé psychique.

Sur le plan psychiatrique, les experts judiciaires font l'appréciation médicale suivante :

"L'anamnèse révèle une enfance passée dans un environnement familial maltraitant et violent, un parcours de vie marqué par des deuils et des

séparations tragiques (suicide de son meilleur ami à l'adolescence, décès de son père quand il a 16 ans, séparation violente avec sa fille aînée, décès de son fils de 4 mois, suicide du psychiatre traitant). Les antécédents psychiatriques sont marqués par un 1^{er} épisode dépressif à l'âge de 14 ans ayant failli se solder par un suicide, un nouvel épisode dépressif sévère en 1984 dans le cadre d'une séparation, et d'un nouvel état dépressif en 1995 lorsqu'il est accusé injustement d'inceste par sa fille adoptive. En 1999, lors du décès de son fils, Monsieur D. _____ présente à nouveau une décompensation dépressive et anxieuse durable. Actuellement, Monsieur D. _____ se plaint toujours d'un manque d'envie, d'anhédonie, d'aboulie, de tristesse, de perte d'espoir, d'envies suicidaires qu'il parvient à écarter grâce à sa foi. Il décrit aussi des troubles du sommeil avec des cauchemars fréquents, les troubles cognitifs décrits ci-dessus, des troubles de la concentration, des impressions de désorganisation de la pensée. Il signale un important sentiment de culpabilité lié à la disparition de son fils, Monsieur D. _____ signale enfin et surtout une anxiété extrême qui le déborde à tous moments avec des pics d'angoisse liés à des confrontations, à des stress même mineurs.

Tous ces différents éléments nous permettent de retenir les diagnostics de trouble dépressif récurrent, présent depuis l'adolescence avec un épisode actuel moyen et d'anxiété généralisée. La décompensation dépressive liée à la perte de son enfant en 1999 a été sévère et a fluctué depuis lors sans jamais régresser complètement mais a surtout laissé le premier plan à des troubles anxieux très importants conduisant à une intolérance marquée au stress de tout ordre. Monsieur D. _____ apparaît actuellement comme un homme dont les capacités adaptatives ont été très durement sollicitées dès l'enfance, qui a longtemps résisté aux séparations, aux deuils brutaux endurés mais qui s'est totalement effondré en 1999 et qui est actuellement au bout de ses ressources. Après une période de déni, Monsieur D. _____ n'a réalisé qu'un an plus tard qu'il avait besoin d'aide lorsqu'il s'est adressé au Dr L. _____ qui a instauré un traitement psychiatrique intégré durant quelques mois. Depuis lors, Monsieur D. _____ a toujours été suivi de façon lege artis sur le plan psychiatrique, tout d'abord par la Policlinique du secteur psychiatrique Ouest jusqu'en 2003, puis la Dresse P. _____ qui assure depuis lors un suivi psychiatrique régulier parfois même intensif lors de périodes plus stressantes. Monsieur D. _____ se montre tout à fait

compliant comme le montre le dosage de la Sertraline réalisé dans le cadre de cette expertise. Aussi bien l'interniste que le psychiatre dans le cadre de cette expertise n'ont en aucun cas ressenti de tentatives de manipulation ou d'exagération des faits. Relevons encore que sur le plan psychiatrique, comme décrit ci-dessus, nous ne retenons pas le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux existant (sic) pour les raisons décrites précédemment.

Ainsi, sur le plan psychiatrique, le trouble dépressif récurrent et l'anxiété généralisée entraînent en raison de la fatigue, des troubles du sommeil, des troubles de la mémoire, des troubles de la concentration, des troubles anxieux avec une intolérance marquée au stress, des limitations fonctionnelles massives responsables d'une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle.

En conclusion, nous retenons, pour des raisons psychiatriques essentiellement, une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2001. Nous rejoignons l'avis des différents psychiatres traitants qui ont suivi Monsieur D. _____ depuis lors. Malgré une prise en charge légitime, la situation n'a guère évolué au cours des années. Afin de revaloriser socialement dans la mesure du possible Monsieur D. _____, on pourrait l'encourager à reprendre une activité de type occupationnel dans le cadre, par exemple, d'un bénévolat caritatif.

Notre appréciation s'éloigne totalement des trois expertises psychiatriques précédentes. Nous relevons que nous avons été frappés qu'aucune expertise n'a mentionné les antécédents psychiatriques de l'expertisé, ce qui nous amène à évoquer l'hypothèse d'une certaine minimisation des difficultés existentielles de Monsieur D. _____ par les experts précédents."

Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire, le recourant s'est rallié aux conclusions des experts. Il relève que l'expertise de la PMU met en lumière la prévention dont ont fait preuve les experts K. _____ et N. _____ en omettant de mentionner ses antécédents psychiatriques.

Se fondant sur un avis médical du SMR du 7 mai 2012, l'Office AI a pour sa part refusé d'adhérer aux conclusions du rapport d'expertise de la PMU sur le plan psychiatrique au motif que les experts judiciaires se

seraient écartés sans motivation suffisante de l'appréciation médicale faite par les experts K._____ et N._____. L'office intimé requiert dès lors un complément d'expertise sur ce point.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions rendues par les offices AI - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 69 al. 1 LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré a droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente entière pour la période courant au-delà du 31 mars 2003. Dès cette date, l'Office AI a en effet supprimé l'octroi de toute rente au motif pris d'une amélioration durable de l'état de santé de l'assuré.

3. Lors de l'examen d'un éventuel droit à une rente de l'assurance-invalidité né avant l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2003 de la LPGA, il y a lieu de se référer aux principes généraux en matière de droit intertemporel selon lesquels sont en règle générale déterminantes, les dispositions légales en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui a des conséquences juridiques (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Par conséquent, le droit à la rente doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343 consid. 2 et 3.6).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 ²/₃ % au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

c) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties; il administre les preuves et les apprécie librement.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle

expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa;, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, la présence de rapports médicaux contradictoires entre les psychiatres-traitants d'une part, et les experts K._____ et N._____ d'autre part, a nécessité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire auprès de la PMU.

a) Sur le plan somatique, les parties ne contestent pas les conclusions des experts judiciaires selon lesquelles l'assuré dispose d'une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles en lien avec la gonarthrose gauche, à savoir toutes les activités physiques lourdes nécessitant la majeure partie du temps des déplacements à pied ou en terrain irrégulier, ainsi que la montée ou la descente des escaliers ou d'échelles, les positions statiques prolongées de plus d'une heure d'affilée sans possibilité de varier la position, les positions accroupie et à genoux.

b) Sur le plan psychiatrique, les experts judiciaires ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et d'anxiété généralisée avec pics paroxystiques (F 41.1). Ces atteintes à la santé entraînent des limitations psychiques importantes sous la forme de fatigue, de troubles du sommeil, de troubles de la mémoire et de la concentration, de troubles anxieux avec une intolérance marquée au stress et empêchent l'assuré d'exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit depuis le 31 août 2001. Les experts écartent en revanche la présence d'un trouble somatoforme douloureux car les plaintes de l'assuré sont en partie expliquées par des lésions objectives. Lors de l'examen clinique, ils ont par ailleurs constaté l'absence d'indicateurs d'une pathologie non-organique (absence de signes de Waddell).

aa) Dans l'anamnèse du cas, les experts judiciaires relèvent les sérieux antécédents psychiatriques personnels et familiaux (dépression de la mère) qui ont jalonné le parcours de l'assuré depuis l'enfance. Ils évoquent un premier épisode dépressif à l'âge de 14 ans avec idéation

suicidaire, suivi de deux épisodes dépressifs sévères en 1984 dans le cadre de la séparation d'avec son ex-épouse, et en 1995 lors de la rupture d'avec sa fille adoptive. Selon ces experts, la prise en compte des antécédents psychiatriques est indispensable pour apprécier la situation médicale de l'assuré. Ils expliquent en effet que ces événements ont durement sollicité, dès l'enfance, les capacités adaptatives de l'assuré. Celui-ci a longtemps résisté aux séparations et aux deuils brutaux, mais a fini par s'effondrer suite au décès de son fils après avoir passé par une phase de déni. Les épisodes dépressifs de 1984 et 1995 ont été documentés par les Drs R. _____ et W. _____ dans leur rapport médical du 29 janvier 2003 et par la Dresse P. _____ dans son rapport médical du 25 mai 2004. Ils ont en revanche été complètement occultés par les Drs K. _____ et N. _____ dans leurs rapports d'expertise. L'expert N. _____ évoque « *l'absence de signes psychopathologiques dans le parcours familial et personnel de l'assuré* » ainsi que l'absence de traitement psychiatrique avant le licenciement annoncé en août 2001. Quant au Dr K. _____, il mentionne que « *l'assuré n'a pas présenté de troubles avant ceux à l'origine de l'arrêt de travail actuel [c'est-à-dire l'incapacité de travail du 31 août 2001]* ». Comparée à celle établie par les experts judiciaires, l'anamnèse effectuée par les Drs N. _____ et K. _____ est non seulement lacunaire mais elle est également erronée. Pour ce motif déjà, les rapports d'expertise de ces deux psychiatres prêtent le flanc à la critique.

bb) En ce qui concerne les troubles psychiques présentés par l'assuré, les psychiatres-traitants et les experts judiciaires s'accordent à reconnaître que l'annonce du licenciement n'a fait qu'aggraver un état dépressif préexistant consécutif au décès du fils entraînant une incapacité de travail à 100% attestée médicalement dès le 31 août 2001 (cf. rapports médicaux des Drs U. _____ du 8 janvier 2002, W. _____ et R. _____ des 7 mai 2002 et 23 janvier 2003, de la Dresse P. _____ du 25 mai 2004, rapport d'expertise judiciaire du 24 avril 2012). Les Drs N. _____ et K. _____ retiennent au contraire que l'annonce du licenciement a été la cause de l'incapacité de travail et de la prise en charge psychiatrique de l'assuré. Cette opinion ne peut être suivie puisqu'il ressort clairement du

dossier médical de l'assuré qu'il était suivi par le psychiatre L. _____ depuis le mois d'octobre 2000 - soit 10 mois avant l'annonce de son licenciement - en raison d'un état dépressif consécutif au décès de son fils. L'argument avancé par les Drs K. _____ et N. _____ selon lequel cet événement traumatisant - auquel l'assuré a par ailleurs assisté impuissant - n'aurait pas eu des conséquences durables sur son état de santé psychique au motif qu'il avait continué de travailler n'est pas non plus convaincant. En effet, les psychiatres-traitants ont expliqué que l'assuré avait passé par une phase de déni de l'événement et qu'il n'avait réalisé que plus tard qu'il avait besoin d'aide. Il s'était alors adressé au mois d'octobre 2000 au Dr L. _____ qui avait diagnostiqué un état dépressif pour lequel il avait prescrit un traitement psychotrope. C'est dans ce contexte médical bien étayé par les psychiatres-traitants et les experts judiciaires que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé en raison de l'annonce de son licenciement et a entraîné une incapacité totale de travailler.

cc) Concernant l'évolution des troubles psychiques, les experts judiciaires considèrent, à l'instar des psychiatres-traitants, que la décompensation dépressive a été sévère suite au décès du fils et qu'elle a fluctué depuis lors sans jamais régresser complètement. Elle a surtout laissé au premier plan des troubles anxieux très importants entraînant chez l'assuré une intolérance marquée au stress de tout ordre. Cette appréciation est confirmée par l'évolution constatée par les psychiatres-traitants. Ainsi dans leur rapport du 29 janvier 2003, les Drs W. _____ et R. _____ notaient que l'évolution avait été lentement favorable avec une incapacité de travail qui avait diminué à 50% au mois de juillet 2002. L'état de santé de l'assuré s'était ensuite aggravé en raison de problèmes financiers nécessitant l'intensification de la prise en charge thérapeutique et entraînant une nouvelle incapacité de travail à 100% jusqu'au mois de janvier 2003, période à laquelle l'évolution semblait à nouveau lentement favorable. Au mois de mars 2003, ces médecins écrivaient toutefois qu'il existait un risque de persistance de déficit voire de chronicisation de la pathologie vu la symptomatologie conséquente présentée par l'assuré. Ils attestaient à cette époque déjà une incapacité de travail durable à 50%.

En mai 2004 et mars 2005, la Dresse P._____ a fait état d'une aggravation consécutive de l'état de santé psychique dans le contexte du changement de thérapeute (suite au départ du Dr R._____ de l'Hôpital psychiatrique de Prangins), d'une crise conjugale sévère générée par l'état dépressif de l'assuré, ainsi que de la maladie puis du décès du frère. La symptomatologie sévère alors présentée par l'assuré, qui avait développé d'importants troubles du sommeil ainsi que des idées suicidaires, avait nécessité une intensification du traitement psychiatrique et entraîné une nouvelle incapacité de travail à 100%. Cette psychiatre relevait que l'assuré pouvait tout juste faire face à la gestion du quotidien mais que toute surstimulation provoquerait une aggravation de son état de santé. En 2008, elle constatait que le trouble dépressif associé à une anxiété importante s'était progressivement chronifié, malgré les traitements antidépresseurs. En raison de l'intense fragilité psychique du patient, elle n'excluait pas le risque d'un raptus suicidaire en cas de surstimulation. L'appréciation des psychiatres-traitants rejoint donc celles des experts judiciaires qui retiennent des limitations psychiques importantes sous la forme de fatigue, de troubles du sommeil, de troubles de la mémoire et de la concentration, de troubles anxieux avec une intolérance marquée au stress entraînant une incapacité de travail à 100% depuis le 31 août 2001. Quant à l'hypothèse posée par l'expert N._____ d'une évolution marquée par un enchaînement de conflictualité d'ordre médical entre l'assuré et les différents médecins consultés, elle n'est pas concluante. En effet, comme le relèvent les experts judiciaires, l'assuré a toujours été suivi de façon lege artis sur le plan psychiatrique, tout d'abord par le Dr L._____, puis à son décès en 2001 par le Dr R._____ de l'Hôpital psychiatrique de Prangins jusqu'en 2003. La Dresse P._____ assure depuis lors un suivi psychiatrique régulier parfois même intensif lors de périodes plus stressantes. Contrairement à ce que laisse entendre le Dr N._____, l'assuré n'a pas changé de thérapeute en raison de la capacité de travail partielle attestée par le Dr R._____ en 2002-2003 mais en raison de son départ de l'Hôpital psychiatrique de Prangins. Quant au conflit qui opposait la Dresse P._____ au Dr K._____, il ne concernait pas l'assuré. Les experts judiciaires relèvent enfin la bonne compliance de

ce dernier au traitement médicamenteux, laquelle est également démontrée par les tests effectués dans le cadre de l'expertise judiciaire.

En définitive, il n'existe aucune raison valable de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire du 24 avril 2012, dont le rapport satisfait aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 4c). Les experts judiciaires attestent une incapacité de travail de longue durée depuis le 31 août 2001, de sorte qu'il y a lieu de retenir que le recourant présente, en raison d'une atteinte durable à sa santé psychique, une incapacité de travail de 100% dès cette date. Conformément à l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le recourant a dès lors droit à une rente d'invalidité à 100% à compter du 1^{er} août 2002. On s'écartera à cet égard des conclusions du recourant qui demande l'octroi d'une telle rente à compter du 1^{er} septembre 2002, ce en application de l'art 61 let. d LPGA.

d) L'instruction du dossier sur le plan psychiatrique étant suffisante, la requête de l'office intimé tendant à la mise en œuvre d'un complément d'expertise psychiatrique judiciaire est rejetée. Il n'est également pas donné suite à la requête du recourant de production par l'Office AI des informations sur le nombre de mandats confiés au Dr N. _____ ces cinq dernières années et leur coût total en terme d'honoraires. Ces informations ne sont en effet pas utiles à la solution du présent litige.

6. a) En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit a une rente entière d'invalidité, non limitée dans le temps, à compter du 1^{er} août 2002.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Dans le cas présent, il y a lieu de

fixer les frais de justice à 400 francs. Vu l'issue du litige, ceux-ci doivent être supportés par l'office intimé. En effet, suite au changement de jurisprudence consacré par l'arrêt AI 230/11 - 144/2012 du 23 avril 2012, il convient de considérer, conformément à la jurisprudence fédérale, que l'art. 69 al. 1bis LAI impose la perception de frais de justice à la charge de la partie qui succombe, qu'il s'agisse de la partie recourante ou intimée. Sur le principe même de l'absence de gratuité de la procédure, les cantons sont liés par cette disposition (ATF 133 V 402 consid. 4.3; TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5).

Le recourant, en obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter, compte tenu d'un double échange d'écritures et de déterminations sur une expertise judiciaire, à 2'500 fr. à la charge de l'office intimé débouté (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 1^{er} mars 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que D. _____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2002.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant D. _____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

IV. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière:

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hoffstetter, pour D. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :

